

Aus der Inneren Abteilung des
Hildegardis-Krankenhauses Mainz

■ SUIZIDALE HANDLUNGEN DER MÄNNLICHEN
BEVÖLKERUNG IM RAUME MAINZ IN DEN JAHREN
1970 UND 1971

Eine epidemiologische und deskriptive Untersuchung
anhand von 228 Fällen

INAUGURALDISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von

WOLFGANG PISTOR

aus Oberaula

Mainz

1975

Druck: Görich & Weiershäuser, Marburg

Aus der Inneren Abteilung des
Hildegardis-Krankenhauses Mainz

SUIZIDALE HANDLUNGEN DER MÄNNLICHEN
BEVÖLKERUNG IM RAUME MAINZ IN DEN JAHREN
1970 UND 1971

Eine epidemiologische und deskriptive Untersuchung
anhand von 228 Fällen

INAUGURALDISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

den Medizinischen Fachbereichen
vorgelegt von

WOLFGANG PISTOR

aus Oberaula

Mainz

1975

Druck: Görich & Weiershäuser, Marburg

Fachbereichsdekan:

Prof. Dr. E. Straub

Referent:

Prof. Dr. P. Baum

Koreferent:

Ass. Prof. Dr. H.P. Schuster



INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG

UNTERSUCHUNGSGUT UND METHODIK

UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE

A. Grundauszählung

Alter

Familienstand und Hausgemeinschaft

Beruf

Religionszugehörigkeit

Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsstruktur

Verhältnis zur Umwelt

Vorerkrankungen

Frühere Suizidversuche

Motive

Methode

Ernsthaftigkeit

Verlauf und Folgeerscheinungen

Prophylaktische Maßnahmen

Zeitpunkt

B. Besondere Abhängigkeiten vom Alter

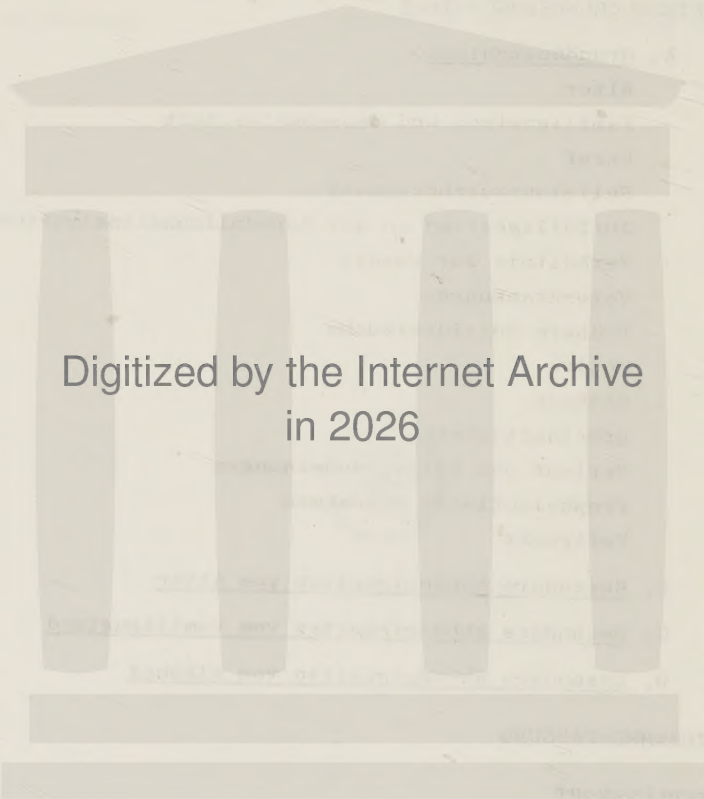
C. Besondere Abhängigkeiten vom Familienstand

D. Besondere Abhängigkeiten vom Alkohol

ZUSAMMENFASSUNG

SCHLUSSWORT

LITERATURVERZEICHNIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554413_0110

EINLEITUNG

Der Suizid erfährt eine sehr unterschiedliche Beurteilung, die von religiösen, weltanschaulichen und gesellschaftlichen Aspekten mitbeeinflusst wird. Die Ambivalenz der Meinungen spiegelt sich wieder in den beiden in unserem Sprachgebrauch für ein und dasselbe Phänomen verwendeten Begriffen "Selbstmord" und "Freitod".

Einerseits bedeutet vor allem für die vom Christentum mitgeprägte westliche Welt Leben Tätigkeit und Bewährung; sein eigenmächtiges und vorzeitiges Beenden wird demzufolge häufig als Schwäche und Feigheit gewertet, der Suizid eines Angehörigen als gesellschaftlich diskriminierend empfunden. Der gegensätzliche Standpunkt will im Selbstbestimmungsrecht des Menschen auch das Recht auf den Freitod beinhaltet sehen, wenn er sein Leben als sinnlos empfindet.

Immer mehr in den Vordergrund rückt jedoch die wissenschaftlich fundierte Erkenntnis, daß es sich beim Suizid um ein krankhaftes psychisches Geschehen handelt und eine moralische Bewertung deshalb ausgeschlossen ist. "Es bedarf nämlich", so RINGEL, "gewaltiger pathologischer Tendenzen, um die intensivste Kraft, die der Mensch sein eigen nennt, den Selbsterhaltungstrieb, zu überwinden."

Die gesellschaftliche Relevanz des Suizidproblems wird deutlich, wenn man sich vor Augen hält, daß in den letzten Jahren etwa 20/100 000 Einwohner

der BRD durch eigene Hand starben (SCHULTE-TÖLLE, 1971). Die Anzahl der Suizidversuche läßt sich nicht genau abschätzen, da ihre Dunkelziffer sehr groß zu sein scheint, sie wird jedoch auf das 10 - 30-fache geschätzt (MÖLLHOFF, 1972).

UNTERSUCHUNGSGUT UND METHODIK

Untersucht wurden 228 von Männern ausgeführte suizidale Handlungen, die sich in den Jahren 1970 und 1971 im Raum Mainz ereigneten. Die Daten wurden den Krankenblättern der Internistischen, Chirurgischen und Psychiatrischen Universitätskliniken der Stadt Mainz sowie den von den polizeilichen Ermittlungsbehörden erstellten Akten entnommen. Die gelungenen Suizide des obengenannten Zeitraums sind mit großer Wahrscheinlichkeit alle erfaßt; was die Suizidversuche angeht, sind die ernsthaften höchstwahrscheinlich im Untersuchungsgut überrepräsentiert: Diejenigen Suizidenten des Raumes Mainz, die eine intensivere ärztliche Betreuung benötigen, werden im allgemeinen in die Universitätskliniken eingewiesen. Es ist jedoch anzunehmen, daß in vielen Fällen, in denen die Folgen eines Suizidversuches unerheblich sind, eine Klinikeinweisung nicht erfolgt.

Die ermittelten Daten wurden anhand eines vorher ausgearbeiteten Fragebogen erfaßt, auf Lochkarten übertragen und vom Computer statistisch ausgewertet. Die Altersverteilung, die Verteilung der Fami-

lienstands- und Berufsgruppen sowie der Religionszugehörigkeit des Untersuchungsgutes wurde mit der der Mainzer Bevölkerung verglichen und mittels des χ^2 -Tests auf ihre Signifikanz untersucht. Die statistischen Daten über die Mainzer Bevölkerung wurden dem Statistischen Jahrbuch 1971 der Stadt Mainz entnommen. Um einen einwandfreien Vergleich zu gewährleisten, wurden im Untersuchungsgut nur die Städter berücksichtigt; bei ihnen dürfte es sich, da sich im Einzugsgebiet der Mainzer Universitätskliniken wenig andere Städte befinden, zum allergrößten Teil um Mainzer handeln.

Die Variablen Alter, Familienstand, Alkoholeinfluß und Alkoholabusus wurden anderen, bei denen dies zweckmäßig erschien, gegenübergestellt und ebenfalls mittels des χ^2 -Tests auf ihre Signifikanz überprüft.

Bei auffälligen Ergebnissen wurde, um geschlechtsspezifische Eigentümlichkeiten aufzuzeigen, Bezug genommen auf die entsprechenden Kapitel der Inauguraldissertation von PISTOR, G.

UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE

Grundauszählung

Alter

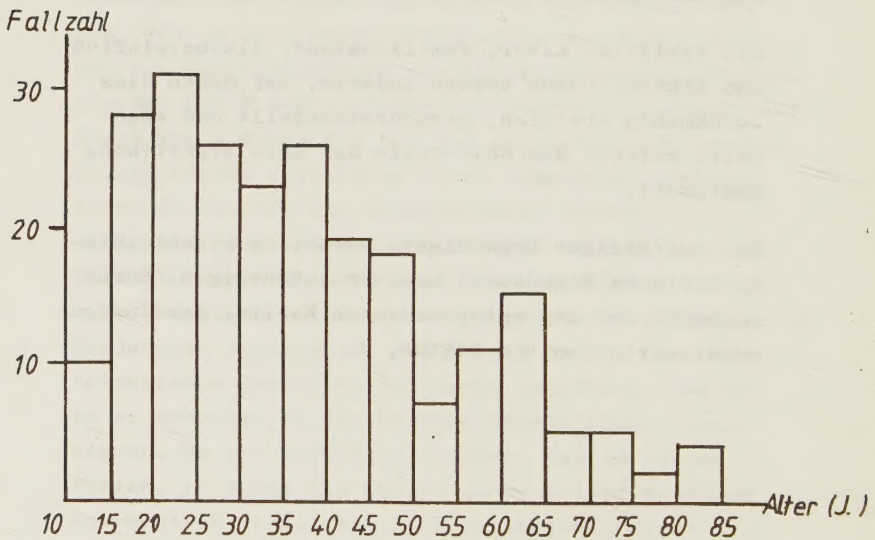


Abb. 1: Absolute Altersverteilung suizidaler Handlungen in Fünf-Jahres-Abständen

Alter	Untersuchungsgut	Bevölkerung
10 - 15	5,3	9,6
16 - 20	11,6	8,1
21 - 30	25,0	22,7
31 - 50	42,0	32,9
51 - 65	9,8	16,0
66 - 75	2,7	7,9
76 -	3,6	2,8
Insgesamt	100,0	100,0

Tab. 1: Prozentuale Verteilung der Altersgruppen
im Untersuchungsgut und der männlichen
Mainzer Bevölkerung ($p < 5\%$)

Alter	
10 - 15	1 : 0,5
16 - 20	1 : 1,4
21 - 30	1 : 1,1
31 - 50	1 : 1,3
51 - 65	1 : 0,6
66 - 75	1 : 0,3
76 -	1 : 1,3

Tab. 2: Prozentualer Anteil der Altersgruppen,
Verhältnis männl. Mainzer Bevölkerung
zu Untersuchungsgut

Die absolute Altersverteilung der in dieser Untersuchung erfaßten suizidalen Handlungen zeigt Abb. 1.

Altersspezifische Probleme, Belastungen und Risiken prägen, so kann man annehmen, das Bild vieler suizidaler Handlungen. Um dies berücksichtigen zu können, wurden die untersuchten Fälle in folgende Altersgruppen eingeteilt:

- 10 - 15 Jahre (Pubertät)
- 16 - 20 Jahre (Lösung vom Elternhaus)
- 21 - 30 Jahre (Berufsentwicklung, Familiengründung)
- 31 - 50 Jahre (Höhepunkt der beruflichen und familiären Entwicklung)
- 51 - 65 Jahre (bevorstehendes Berufsende)
- 66 - 75 Jahre (Rentenalter)
- 76 - Jahre (Senium)

Aus Tab. 1 und Tab. 2 wird ersichtlich, daß bei den 16 - 20jährigen suizidale Handlungen am häufigsten vorkamen. In der Altersstufe der 21 - 30jährigen nahm ihre Häufigkeit ab. Anscheinend kommt es in diesem Zeitraum zu einer Stabilisierung der Persönlichkeit. Zwischen dem 31. und 50. Lebensjahr wurden suizidale Akte wieder etwas häufiger. Nach dem 50. Lebensjahr waren sie sehr viel seltener. In Übereinstimmung mit den Autoren BÖCKER und SIEGMUND zeigt sich auch in dieser Untersuchung die sehr große suizidale Gefährdung im hohen Greisenalter.

Familienstand und Hausgemeinschaft

Familienstand	Anzahl	%
ledig	92	40,4
verheiratet	92	40,4
verwitwet	13	5,7
geschieden	15	6,6
in Scheidung	10	4,4
keine Angabe	6	2,6
Insgesamt	228	100,0

Tab. 3: Verteilung der Familienstandsgruppen
innerhalb des Untersuchungsgutes

Familienstand	Untersuchungsgut	Mainzer Bevölkerung
ledig	42,6	43,4
verheiratet	35,2	52,5
verwitwet	7,4	2,3
geschieden	14,8	1,8
Insgesamt	100,0	100,0

Tab. 4: Prozentuale Verteilung der Familienstands-
gruppen im Untersuchungsgut und in der männl.
Mainzer Bevölkerung ($p < 0,1 \%$)

Tab. 3 gibt einen Überblick über die Verteilung der Familienstandsgruppen im Untersuchungsgut.

Bei der Betrachtung der Tab. 4, in der die Verteilung der Familienstandsgruppen im Untersuchungsgut mit derjenigen der männlichen Mainzer Bevölkerung verglichen wird, fällt das große Risiko der Geschiedenen auf, suizidale Handlungen zu begehen. Häufiger auch als die Angehörigen der anderen Familienstandsgruppen legen die Verwitweten Hand an sich an. Demgegenüber sind die Ledigen im Untersuchungsgut nahezu entsprechend ihrem Anteil innerhalb der Bevölkerung vertreten. Bemerkenswert ist darüberhinaus, daß verheiratete Männer anscheinend ein wesentlich geringeres Risiko aufweisen als unverheiratete. Die Ehe scheint einen stabilisierenden Einfluß auszuüben, ihr Scheitern in vielen Fällen zu einer Existenzkrise zu führen. Beim Vergleich mit der Arbeit von PISTOR, G. fällt auf, daß verwitwete Frauen suizidale Handlungen seltener begehen als verwitwete Männer.

Hausgemeinschaft	Anzahl	%
eigene Familie	95	41,7
bei den Eltern	47	20,6
allein	44	19,3
Gruppengemeinschaft	11	4,8
bei der Mutter	5	2,2
beim Vater	3	1,3
bei Verwandten	2	0,9
keine Angabe	21	9,2
Insgesamt	228	100,0

Tab. 5: Überblick über die Hausgemeinschaft, in der die Suizidenten lebten

Beruf

Beruf	Anzahl	%
Angestellte	71	31,1
Arbeiter	63	27,6
freiberuflich Tätige	24	10,5
Rentner	21	9,2
Schüler	13	5,7
Studenten	11	4,8
Stellungslose	10	4,4
Beamte	5	2,2
keine Angabe	10	4,4
Insgesamt	228	100,0

Tab. 6: Berufsverteilung

	Untersuchungsgut	Bevölkerung
Selbständige	5,6	5,5
Nicht-Selbständige	65,4	56,6
Erwerbslose	15,9	15,2
Studenten	5,6	6,4
Schüler	7,5	16,2
Insgesamt	100,0	100,0

Tab. 7: Übersicht über die Verteilung der Berufsgruppen im Untersuchungsgut und in der männl. Mainzer Bevölkerung ($p < 5\%$)

Aufschlußreicher als ein grober Überblick über die Berufsstruktur innerhalb des Untersuchungsgutes wäre eine genauere Untersuchung über Berufssituationen, die sich suizidfördernd auf den Einzelnen auswirken. Sammelbegriffe wie Angestellter oder Arbeiter weisen im Einzelnen große Differenzen hinsichtlich Aufgabenbereich, Beanspruchung und Stellung in der Betriebshierarchie auf. Immerhin fällt bei der absoluten Verteilung der einzelnen Berufsgruppen (Tab. 6) der geringe Anteil der Beamten auf. Der im Verhältnis zu anderen Berufsparten geregelte Lebenslauf, sichere Einkünfte und eine gesicherte Altersversorgung scheinen das Risiko für suizidale Handlungen herabzusetzen.

Die Berufsstruktur der Bevölkerung ist in den Statistischen Jahrbüchern der Stadt Mainz nur wenig differenziert dargestellt. Da sich der Vergleich zwischen dem Untersuchungsgut und der Bevölkerung auf diese Daten stützt, lassen sich keine genauen Aussagen machen. Die Nicht-Selbständigen sind im Untersuchungsgut mit einem größeren prozentualen Anteil vertreten als in der Bevölkerung, die Schüler mit einem geringeren Anteil. Eine signifikante Korrelation zwischen Berufszugehörigkeit und der Häufigkeit suizidaler Handlungen konnte jedoch nicht ermittelt werden.

Was den Berufsinhalt angeht, so wird von einigen Autoren, z.B. BÖCKER auf eine besondere Gefährdung der im Gaststättengewerbe Tätigen und der aus paramedizinischen Berufen Kommenden hingewiesen. In diesem Untersuchungsmaterial fanden sich 12 Personen (5,3 %) mit paramedizinischen Berufen,

9 (3,9 %) waren im Gaststättengewerbe tätig. Da die nötigen bevölkerungsstatistischen Daten nicht vorhanden sind, lassen sich aus diesem Ergebnis keine allgemeinen Schlüsse ziehen.

Religionszugehörigkeit

Konfession	Untersuchungsgut	Bevölkerung
evangelisch	41,9	37,0
katholisch	48,8	53,6
sonstiges	9,3	9,4
Insgesamt	100,0	100,0

Tab. 8: Prozentuale Verteilung der Religionszugehörigkeit im Untersuchungsgut und der männl. Mainzer Bevölkerung ($p < 50 \%$)

Ein gewisser Einfluß der Religion auf das Suizidge-schehen wird vielfach hervorgehoben, so stellt BÖCKER fest: ... "Bei Katholiken kommen danach doch erheblich weniger suizidale Handlungen vor als bei Protestanten. Ähnliche Erfahrungen werden von anderen Autoren berichtet und zwar nicht nur aus dem europäischen Raum, sondern auch aus den USA."

Zwischen Bekenntniszugehörigkeit und Suizidalität besteht in dieser Untersuchung kein statistisch signifikanter Zusammenhang, wenn sich auch hier die Tendenz abzeichnet, daß katholische Männer weniger zu suizidalen Handlungen neigen als Angehörige anderer Bekenntnisgruppen (s. Tab. 8).

Betrachtet man dagegen die Ergebnisse von PISTOR, G., so kann man feststellen, daß diese Tendenz bei den Frauen bestätigt wird, ja daß eine statistisch relevante Korrelation besteht. Das legt die Vermutung nahe, daß katholische Männer geistig weniger in ihrer Bekenntnisgruppe verhaftet sind als katholische Frauen; der "Schutz" vor suizidalen Handlungen, den die katholische Konfession den Frauen anscheinend bietet, kommt bei ihnen jedenfalls weniger zum tragen.

Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsstruktur

	Anzahl	%
ausgeprägte Empfindsamkeit	40	17,6
vermehrte reaktive Verstimmbarkeit	31	13,6
Affektlabilität	26	11,4
allgemeine psychische Labilität	25	11,0
Verschlossenheit	7	3,1
soziale Labilität	7	3,1
Gereiztheit	6	2,6
Querulantentum	4	1,8
Verwahrlosung	2	0,9
Kriminalität	1	0,4

Tab. 9: Auffällige Persönlichkeitsmerkmale

Hinreichend nachgewiesen ist, daß Psychosen das Suizidrisiko enorm steigern (PÖLDINGER, 1968; BÜCKER, 1973; BERNER, 1975). Es kann jedoch sicher auch angenommen werden, daß bestimmte Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsstruktur, denen an

sich kein Krankheitswert zukommt, suizidale Handlungen zu fördern vermögen, sei es dadurch, daß der Betreffende auf Grund seiner charakterlichen Besonderheit vermehrt in Konflikte mit der Umwelt gerät, sei es dadurch, daß er die "Konfliktlösung" Suizid schneller zu wählen bereit ist.

Die Untersuchungsergebnisse aus Tab. 9 sind sicher nicht vollständig, da die entsprechenden Unterlagen in den Krankenblättern und Polizeiakten nur spärlich waren. Außerdem könnte in einigen Fällen die charakterliche Auffälligkeit Ausdruck einer Psychose sein. Dennoch können Untersuchungen über die Häufigkeit auffälliger Charakterzüge im Hinblick auf die Suizidprophylaxe vielleicht von Nutzen sein. Aus Tab. 9 läßt sich ersehen, daß eine ausgeprägte Empfindsamkeit, eine vermehrte reaktive Verstimmbarekeit, Affektlabilität und allgemeine psychische Labilität bei Suizidenten häufig festzustellen waren.

Verhältnis zur Umwelt

	Anzahl	%
Vater	6	2,6
Mutter	6	2,6
beide Elternteile	8	3,5
Ehefrau	51	22,4
Freundin	22	9,6
Ehefrau und Verwandte	1	0,4
Schule	1	0,4
Arbeitskollegen	3	1,3
gesamte Umgebung	30	13,2

Tab. 10: Gestörtes Verhältnis zur Umwelt

Der psychische Prozeß, der in der suizidalen Handlung endet, wird oft von der Umgebung des Betroffenen mitbeeinflußt. Aus diesem Grund ist es auch nicht verwunderlich, daß Suizidenten häufig Schwierigkeiten mit ihrer Umgebung haben. Wenn diese Schwierigkeiten auch nicht in jedem Fall das Suizidmotiv an sich darstellen, so spielen sie im Hintergrund doch meist eine Rolle. Wie aus Tab. 10 zu entnehmen ist, war in über der Hälfte der Fälle das Verhältnis zur Umwelt in irgendeiner Form gestört. Schwierigkeiten mit der Ehefrau, den Eltern oder der Freundin kamen am häufigsten vor, Schwierigkeiten in der Schule oder mit den Arbeitskollegen waren dagegen kaum von Bedeutung. Auffallend ist darüberhinaus der relativ hohe Anteil derjenigen, die sich in Schwierigkeiten mit ihrer gesamten Umgebung befanden. Beim Vergleich mit der Arbeit von PISTOR, G. zeigt sich, daß Frauen relativ häufiger Schwierigkeiten mit ihrem Freund hatten (14,2 %) als Männer mit ihrer Freundin (9,6 %).

Vorerkrankungen

Somatische Vorerkrankungen

	Anzahl	%
niemals ernsthaft erkrankt	93	40,8
kränkelnd	5	2,2
schmerzhaft erkrankt	19	8,3
schmerzhaft und maligne erkrankt	4	1,8
chronisch erkrankt	23	10,1
sonstige Erkrankung	28	12,3
keine Angabe	56	24,6
Insgesamt	228	100,0

Tab. 11: Somatische Vorerkrankungen

In 79 Fällen lag eine Störung des körperlichen Wohlbefindens vor (s. Tab. 11). Wenn auch statistische Daten bezüglich der Normalbevölkerung fehlen, so ist doch anzunehmen, daß somatisch Kranke häufiger suizidale Handlungen begehen als Gesunde. Erwähnenswert ist beim Vergleich mit den Untersuchungsergebnissen von PISTOR, G., daß der Anteil der somatisch Erkrankten bei den Frauen wesentlich geringer ist als bei den Männern. Anscheinend fällt es den Männern schwerer, mit einer Krankheit fertigzuwerden als den Frauen.

Psychosen

"Für endogen psychotisch Kranke ist das Risiko, Suizidhandlungen auszuführen, dreißigmal größer, und Schätzungen sprechen dafür, daß auch Patienten mit körperlich begründbaren Psychosen überdurchschnittlich gefährdet sind" (Berner, 1974⁺). Mit 40 Fällen (17,5 %) standen in dieser Untersuchung die chronischen psychischen Leiden im Vordergrund, 2 Personen litten an einer akuten endogenen Psychose, 3 an einer exogenen Psychose. Ein Ansatzpunkt zur Verminderung der Suizidrate müßte also auch durch eine noch bessere Betreuung der an einer Psychose Leidenden möglich sein.

Depressive Zustände

103 Personen (45,2 %) wiesen depressive Züge auf. Anhand des Aktenmaterials ließ sich im einzelnen nicht immer klären, ob nicht die eine oder andere depressive Verstimmung endogen bedingt war und somit eigentlich unter die Psychosen einzureihen ge-

⁺) Auf dem Deutschen Kongreß für ärztliche Fortbildung, Berlin, 1974: Verdrängtes Leiden Suizidalität

wesen wäre. Die polizeilichen Ermittlungsakten über die vollendeten Suizide enthielten nur in Ausnahmefällen klinische Diagnosen. Dennoch wird deutlich, daß depressive Zustände eine sehr große Rolle für das Zustandekommen suizidaler Handlungen spielen. Eine wirksame Prophylaxe müßte also ein größeres therapeutisches Bemühen gerade in diesen Situationen beinhalten.

Suchtkrankheiten

"Alkoholiker und andere Suchtkranke sind besonders selbstmordgefährdet. Die Selbstmordquote der Alkoholiker liegt um ein Vielfaches (bis 75 mal) höher als die der Normalbevölkerung." (FEUERLEIN, 1973). 39 Suizidenten (17,1 %) im Untersuchungsgut waren chronische Alkoholiker. Weitere Ergebnisse siehe Kapitel "Besondere Abhängigkeiten vom Alkohol." Der Medikamenten-, Nikotin- und Opiatabusus waren demgegenüber absolut gesehen fast bedeutungslos: 8 Fälle (3,6 %) von Medikamentenabusus, 1 Nikotinabusus (0,4 %), 1 Fall einer Opiatsucht (0,4 %).

FRÜHERE SUIZIDVERSUCHE

	Anzahl	%
1 ernsthafter Versuch	0	0,0
mehr als 1 ernsthafter Versuch	1	0,4
1 Pseudoversuch	9	3,9
mehr als 1 Pseudoversuch	4	1,8
1 Versuch, Ernsthaftigkeit nicht geklärt	17	7,5
mehr als 1 Versuch, Ernsthaftigkeit nicht geklärt	10	4,4
Insgesamt	41	18,0

Tab. 12: Frühere Suizidversuche

"Zu den erheblich selbstmordgefährdeten Patienten zählen diejenigen, die bereits Suizidversuche überlebt haben. Viele von ihnen - und zwar 20 bis 25 % - werden bei erneuten Schwierigkeiten oder in einer erneuten Krankheitsphase den Selbstmordversuch wiederholen." (BÖCKER u. BARTELS, 1975).

In 18 % der Fälle ging dem in dieser Untersuchung registrierten suizidalen Akt eine oder mehrere gleichartige Handlungen voraus. Dies weist auf die große Rückfallquote suizidaler Akte hin und unterstreicht die Notwendigkeit prophylaktischer Maßnahmen bei einmal in dieser Hinsicht in Erscheinung Getretenen. In Tab. 12 sind die früheren suizidalen Handlungen hinsichtlich ihrer Anzahl und Ernsthaftigkeit aufgeschlüsselt.

Motive

Die Untersuchung der Motive ist in mehrfacher Hinsicht mit Schwierigkeiten verbunden. Oft können die Hintergründe, vor allem der vollendeten Suizide, retrospektiv nicht eindeutig geklärt werden, oft wird ein bestimmtes Motiv nur vorgeschoben, obwohl eine Anzahl von nichtbewältigten Problemen den Anstoß zur Tat gaben. Darüberhinaus darf nicht außer Acht gelassen werden, daß auch in den Fällen, in denen ein klares Motiv ausschlaggebend war, dem entscheidenden Schritt häufig ein komplexes psychisches Geschehen vorausging, das den Betreffenden dazu brachte, seinen Konflikt auf eben diese Weise zu lösen.

	Anzahl	%
häusliche Schwierigkeiten	69	30,3
Liebeskonflikt	60	26,3
somatische Erkrankungen	58	25,5
Schwierigkeiten bei der Arbeit	30	13,2
Endogene Psychose	21	9,2
Finanzielle Sorgen	19	8,3
Schwierigkeiten in der Ausbildung	18	7,9
Milieuveränderung	17	7,5
Scheidung	14	6,1
Arbeitsüberlastung	14	6,1
Arbeitslosigkeit	12	5,3
Internierung	9	3,9
Vereinsamung	8	3,5
Kriminelle Tat	6	2,6
Tod in der Familie	5	2,2
Abusus des Partners	5	2,2
Angst vor einer Krankheit	4	1,8
Krankheit in der Familie	3	1,3
Pensionierung	2	0,9
Schwierigkeiten bei der Kinder- erziehung	1	0,4
Mietkündigung	1	0,4

Tab. 13: Übersicht über die Motive in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit

Mit 30,3 % waren häusliche Schwierigkeiten das häufigste Motiv. In Tab. 14 sind sie hinsichtlich der betreffenden Konfliktperson(en) weiter aufgeschlüsselt.

	Anzahl	%
Vater	3	4,3
Mutter	6	8,7
beide Elternteile	12	17,4
Ehepartner	31	44,9
andere Familienangehörige	6	8,7
Mitbewohner	11	15,9
Insgesamt	69	100,0

Tab. 14: Häusliche Schwierigkeiten

Wie aus Tab. 14 zu entnehmen ist, spielen die häuslichen Schwierigkeiten mit dem Ehepartner die größte Rolle, gefolgt von den Konflikten mit einem oder beiden Elternteilen. Schwierigkeiten mit den übrigen Familienangehörigen (Geschwistern, Kindern, Schwiegereltern, sonstigen Verwandten) waren zahlenmäßig weniger häufig als Schwierigkeiten mit den Mitbewohnern.

Neben den häuslichen Problemen zählen Probleme mit dem Liebespartner mit 26,3 % zu den häufigsten Motiven. Es handelt sich in 40 % der Fälle um einen vorehelichen, in 55 % um einen ehelichen und in 5 % um einen außerehelichen Liebeskonflikt.

Somatische Erkrankungen kamen als Motiv mit 25,5 % unerwartet oft vor. Parallel dazu, im Kapitel "Vorerkrankungen" bereits erwähnt, war der Anteil der somatisch Erkrankten innerhalb des Untersuchungsgutes mit 34,7 % ziemlich hoch.

Hinsichtlich der Rangordnung der Motive ergaben sich beim Vergleich mit den Ergebnissen von PISTOR, G. einige bemerkenswerte geschlechtsspezifische Unterschiede. Häusliche Schwierigkeiten und Liebeskonflikte waren bei den Frauen noch häufiger ausschlaggebend, Vereinsamung, bei den Männern mit 3,5 % erst an 13. Stelle der Häufigkeitsskala, spielte bei den Frauen mit 11,8 % eine weit größere Rolle, ebenso war der Abusus des Partners bei den Frauen mit 8,1 % häufiger Motiv als bei den Männern. Im Gegensatz dazu waren Probleme bei der Arbeit oder in der Ausbildung, Arbeitslosigkeit und finanzielle Schwierigkeiten bei den Frauen seltener als bei den Männern Ursache für die suizidale Handlung.

Methode

	Anzahl	%
Vergiften	172	75,4
Strangulation	16	7,0
Pulsaderöffnung	15	6,6
Erschießen	10	4,4
Sprung aus der Höhe	5	2,2
Ertränken	4	1,8
Erstechen	3	1,3
sonstige harte Methoden	3	1,3
Insgesamt	228	100,0

Tab. 15: Methoden

	Anzahl	%
Hypnotika	104	60,5
Sedativa	16	9,3
Hypnotika und Analgetika	9	5,2
Analgetika	8	4,6
sonstige Arzneimittel	19	11,0
Herbizide, Insektizide	7	4,1
Gas	4	2,3
Ätzgifte	1	0,6
sonstige Gifte	4	2,3
Insgesamt	172	100,0

Tab. 16: Vergiftungen

Was die Wahl der Methode angeht, war der Versuch, durch Gift aus dem Leben zu scheiden, bei weitem am häufigsten. 172 Personen, das sind Dreiviertel des gesamten Untersuchungsgutes, führten ihren suizidalen Akt auf diese Weise aus. Mit weitem Abstand folgen darauf die "Harten Methoden" (s. Tab. 15).

Das Verhalten der Frauen weicht in diesem Punkt, wie der Vergleich mit der Arbeit von PISTOR, G. zeigt, deutlich von dem der Männer ab. Vergiftungen sind bei ihnen noch häufiger als bei den Männern (86,0 %). Unter den härteren Methoden spielt insgesamt gesehen nur die Pulsaderöffnung eine gewisse Rolle (5,5 %). Es zeichnet sich also deutlich die Tendenz ab, daß Männer im allgemeinen bei der Ausführung suizidaler Handlungen mit größerer Entschiedenheit vorgehen als Frauen.

Tab. 16 enthält eine Aufschlüsselung der Vergiftungen. 60,5 % waren durch Hypnotika bedingt. Fügt man zu die-

ser Gruppe die durch Sedativa hervorgerufenen Vergiftungen hinzu, so ergibt sich, daß fast Dreiviertel aller Vergiftungen (69,8 %) mit "schlafbringenden" Medikamenten ausgeführt wurden. Es spielte in diesen Fällen wohl oft der Wille mit, das nicht anders zu bewältigende Problem erst einmal für eine Zeit lang los zu werden. "Viele", so SCHULTE-TÖLLE, "haben zunächst nur den Wunsch, Ruhe zu haben, nicht denken, nicht leiden zu müssen. Schlaf und Tod sind im Erleben des Suizidalen nicht grundlegend verschieden: Schlaf ist Tod auf Zeit." Erwähnenswert ist auch, daß 64 (41 %) der 156 durch Arzneimittel herbeigeführten Vergiftungen mit rezeptfreien Mitteln ausgeführt wurden. Eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen demzufolge diejenigen Medikamente, die ohne besondere Anstrengung beschafft werden können.

Nach der Menge der eingenommenen Medikamente wurden 3 Gruppen gebildet:

1. geringe Menge (- 10 Tabl.) 43 Fälle
2. mittlere Menge (- 20 Tabl.) 46 Fälle
3. große Menge (mehr als 20 Tabl.) 36 Fälle

Eine derartige Einteilung kann keine Aussage über den Schweregrad der Vergiftungen machen, da in den verschiedenen Medikamenten giftige Wirkstoffe in unterschiedlicher Wirksamkeit und Dosierung vorliegen, wohl aber über die Entschiedenheit, mit der vorgegangen wurde. Der medizinische Laie, um den es sich größtenteils handelt, glaubt im allgemeinen, je größer die eingenommene Medikamentenmenge, desto größer die Wirkung, eine qualitative Unterscheidung ist ihm nicht möglich.

Ernsthaftigkeit

	Anzahl	%
ernsthaft	43	18,9
demonstrativ	36	15,8
Kurzschluß	40	17,5
keine Angabe	109	47,7
Insgesamt	228	100,0

Tab. 17: Beurteilung der suizidalen Handlung

Ein großer Teil der Fälle konnte, wie Tab. 17 zeigt, hinsichtlich der vom Suizidenten beabsichtigten Konsequenzen nicht eindeutig eingeordnet werden. Außerdem muß eingeschränkt werden, daß ernsthafte suizidale Handlungen durchaus eine starke demonstrative Komponente haben können, "demonstrative" jedoch, was ihre Therapiebedürftigkeit anbelangt, durchaus ernst genommen werden müssen. Typische Kurzschlußhandlungen wurden gesondert aufgeführt; sie lassen sich noch schwerer in das starre Schema "ernsthaft-demonstrativ" pressen als die übrigen suizidalen Akte.

Deutliche Geschlechtsunterschiede bringt der Vergleich mit den Untersuchungsergebnissen von PISTOR, G. Demnach sind die ernsthaften suizidalen Handlungen bei Frauen wesentlich seltener als bei Männern (10,2 %), während die demonstrativen und Kurzschlußhandlungen sehr viel häufiger vorkommen (23,9 % demonstrative - 24,5 % Kurzschlußhandlungen). Dieses Ergebnis steht zum Teil sicher in Zusammenhang mit der weiter oben festgestellten Tendenz, daß Männer häufiger harte Methoden wählen als Frauen.

Verlauf und Folgeerscheinungen

In der Literatur wird häufig auf den grundsätzlichen Unterschied zwischen Suizid und Suizidversuch hingewiesen (STENGEL, BÖCKER). In dieser Untersuchung wurde dennoch der Überbegriff "Suizidale Handlung" verwendet. Anhand der Angaben aus den Krankenblättern und den polizeilichen Ermittlungsakten konnte häufig keine eindeutige Aussage über die beabsichtigten Konsequenzen gemacht werden, so daß eine strenge Trennung der beiden Begriffe nicht möglich war. Es sei hier SCHULTE-TÖLLE zitiert: "Es gibt Suizide, die aus äußeren Gründen im Versuchsstadium steckenbleiben, und es gibt Suizidversuche, die ungewollt tödlich enden."

49 (21,5 %) der untersuchten Fälle endeten tödlich. Das Verhältnis gelungener Suizid : Suizidversuch betrug damit 1 : 3,6, bei den Frauen 1 : 13,8 (s. PISTOR, G.). Suizidale Handlungen enden damit bei Männern wesentlich häufiger mit dem Tode als bei Frauen. Dies steht sicher in ursächlichem Zusammenhang damit, daß die ernsthaften suizidalen Handlungen, die ja bei den Männern einen größeren Anteil einnehmen als bei den Frauen, auch häufiger tödlich ausgehen. Darüberhinaus spielt jedoch auch die Tatsache eine Rolle, daß Männer, wie weiter oben bereits erwähnt, generell zu härteren Methoden tendieren als Frauen. Die Überlebenschance der Frauen ist auch bei den ernsthaften Suizidversuchen erheblich größer als die der Männer. 59,5 % aller von Männern ausgeführten ernsthaften Suizidversuche endeten töd-

lich gegenüber 26,3 % der von Frauen ausgeführten. Die 36 eindeutig demonstrativen suizidalen Akte wurden alle überlebt, 3 der 40 Kurzschlußhandlungen endeten mit dem Tode. In 3 der insgesamt 228 Fälle kam es zu bleibenden somatischen Schäden, in einem Fall zu einem bleibenden psychischen Schaden. Diese relativ positiven Ergebnisse sind zum Teil sicher den Intensiv-Pflegemaßnahmen zu verdanken, die besonders in Vergiftungsfällen, können sie rechtzeitig eingeleitet werden, oft größere Schäden verhindern können.

Prophylaktische Maßnahmen

	Anzahl	%
prophylaktische Maßnahmen	91	50,8
keine prophylaktischen Maßnahmen	67	37,4
Weigerung des Patienten	6	3,4
keine Angabe	15	8,4
Insgesamt	179	100,0

Tab. 18: Einleitung prophylaktischer Maßnahmen

Die in dieser Untersuchung ermittelte relativ hohe Rezidivquote suizidaler Handlungen von 18 % (s. Kap. "Frühere Suizidversuche") unterstreicht die Notwendigkeit prophylaktischer Maßnahmen. Wie Tab. 18 zeigt, unterblieben diese jedoch immerhin in 37,4 % der Fälle! Weiterhin scheint erwähnenswert, daß nur 6 (3,4 %) der Patienten die angebotene Hilfe ablehnten. Ein mangelndes Interesse der Suizidenten an Maßnahmen, die ihre Situation verbessern und somit "Rückfälle" verhindern helfen, kann folglich wohl kaum als Entschuldigung

dafür dienen, daß so häufig im Hinblick auf die Prophylaxe künftiger Suizidversuche nichts unternommen wurde.

Zeitpunkt

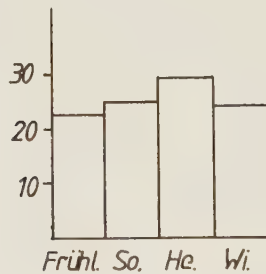


Abb. 2: Prozentuale Verteilung suizidaler Handlungen während der Jahreszeiten

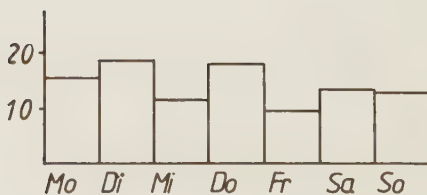


Abb. 3: Prozentuale Verteilung suizidaler Handlungen während der Wochentage

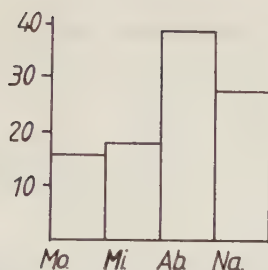


Abb. 4: Prozentuale Verteilung suizidaler Handlungen während der Tageszeiten

Die meisten suizidalen Handlungen geschahen im Herbst (28,9 %). Während der übrigen Jahreszeiten gab es nur geringfügige Häufigkeitsschwankungen (s. Abb. 2). Ein Frühjahrsgipfel, wie er z.B. von FAUST, 1973 ermittelt worden ist, konnte in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden.

Hinsichtlich der einzelnen Wochentage ergaben sich deutliche Schwankungen, die im einzelnen nicht näher gedeutet werden können. Die meisten suizidalen Handlungen ereigneten sich am Dienstag und Donnerstag, zum Wochenende hin zeigte die Häufigkeit eine abnehmende Tendenz. Dies könnte den Schluß nahelegen, daß Belastungen im Beruf bei Männern zumindest als Kofaktoren eine Rolle spielen (s. Abb. 3).

Abb. 4 macht deutlich, daß bei weitem die meisten suizidalen Handlungen in den Abend- und Nachtstunden ausgeführt wurden.

Besondere Abhängigkeiten vom Alter

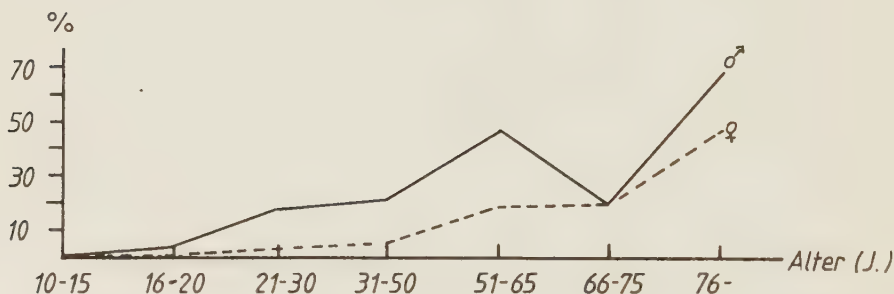


Abb. 5: Prozentualer Anteil der gelungenen Suizide in den einzelnen Altersstufen ($p < 0,1 \%$) (Frauen nach Unterlagen von PISTOR, G.)

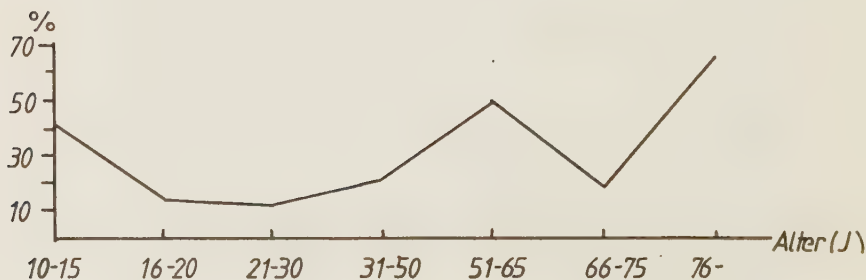


Abb. 6: Prozentualer Anteil harter Methoden in den einzelnen Altersgruppen ($p < 0,1 \%$)

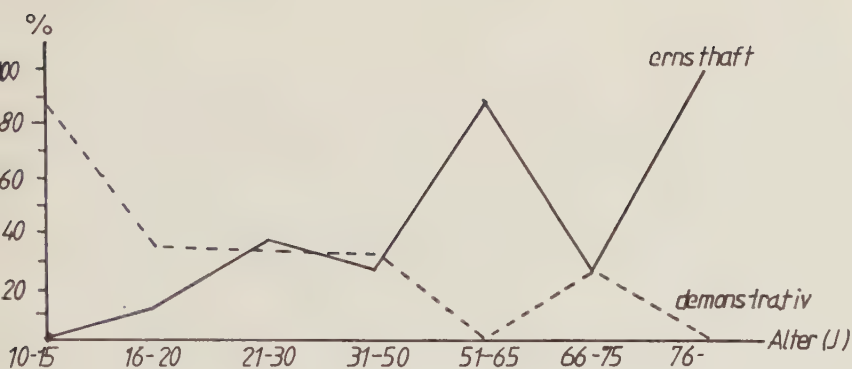


Abb. 7: Prozentualer Anteil ernsthafter und demonstrativer Suizidversuche in den einzelnen Altersgruppen ($p < 0,1 \%$)

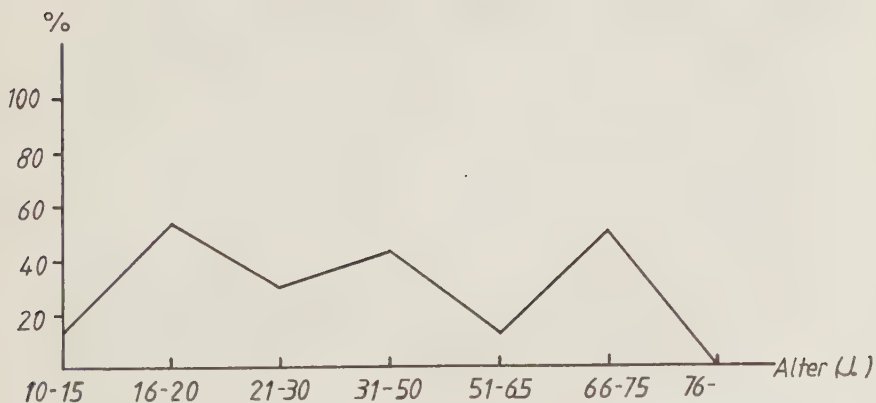


Abb. 8: Prozentualer Anteil an Kurzschlußhandlungen in den einzelnen Altersgruppen ($p < 0,1 \%$)

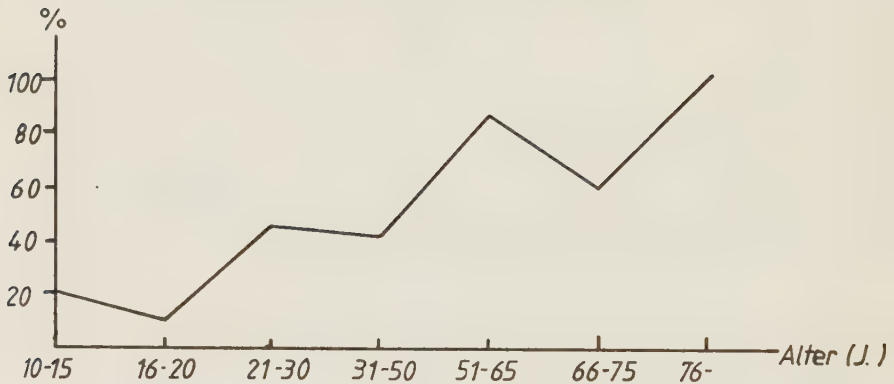


Abb. 9: Prozentualer Anteil depressiver Zustände
in den einzelnen Altersgruppen ($p < 0,1\%$)

Alter	Suizid : Suizidversuch
10 - 15	-
16 - 20	1 : 26,0
21 - 30	1 : 4,6
31 - 50	1 : 3,6
51 - 65	1 : 1,1
66 - 75	1 : 4,0
76 -	1 : 0,5

Tab. 19: Verhältnis Suizid : Suizidversuch in den
einzelnen Altersgruppen

Suizidale Handlungen spiegeln oft die dem betreffenden Lebensabschnitt eigenen Probleme wieder. Hintergründe, Motive, Ernsthaftigkeit und Verlauf zeigen altersabhängige Unterschiede.

Die Häufigkeit suizidaler Handlungen insgesamt variiert, wie weiter oben bereits behandelt, in den einzelnen Altersstufen sehr stark. Zwischen dem 16. und dem 20. Lebensjahr kommen die meisten suizidalen Handlungen vor. Danach zeigt sich eine abnehmende Tendenz, unterbrochen von einem neuerlichen leichten Anstieg in der Altersgruppe der 31-50jährigen, um nach dem 75. Lebensjahr wieder stark anzusteigen (s. Tab. 2). Darüberhinaus ist jedoch das Verhältnis Suizid : Suizidversuch ebenfalls deutlich altersabhängig (s. Abb. 5 und Tab. 19). Wie aus Abb. 5 ersichtlich, steigt der Anteil der Suizide fast kontinuierlich an, nur unterbrochen von der Gruppe der 66-75jährigen, und er erreicht bei den über 75jährigen schließlich 66,7 %.

Es wird damit deutlich, daß die Häufigkeit suizidaler Handlungen nicht mit der der gelungenen Suizide parallel läuft. So ist in der Altersgruppe der 16-20jährigen, in der suizidale Akte so oft vorkommen, die Sterblichkeit sehr gering, bei den 51-65jährigen, bei denen sie sehr viel seltener vorkommen, beträgt der Anteil der gelungenen Suizide jedoch fast 50 %. Wieso die Sterblichkeit nach 65 wieder auf 20 % absinkt, kann nicht näher gedeutet werden. Bei den Frauen, bei denen der Prozentsatz gelungener Suizide insgesamt, wie bereits erwähnt, sehr viel geringer ist als bei den Männern, steigt die Sterblichkeit mit zunehmendem Lebensalter ohne Unterbrechung an. Auffallend ist die große Gefährdung der alten Menschen. Suizidale Handlungen kommen nach dem 75. Lebensjahr wieder sehr viel häufiger vor als in den vorangehenden Altersabschnitten, und sie führen in einem großen Teil der Fälle zum Tode.

Die deutlichen Altersunterschiede im Bezug auf den Ausgang suizidaler Handlungen legen nahe, daß sich auch in der Entschiedenheit des Vorgehens und in der Ernsthaftigkeit, mit der der Entschluß gefaßt wird, aus dem Leben zu scheiden, altersabhängige Unterschiede statistisch aufzeigen lassen. Abb. 6 veranschaulicht, daß von den 51-65jährigen und den über 75jährigen, deren suizidalen Akte am häufigsten mit dem Tode enden, auch besonders oft zu "harten" Methoden gegriffen wird; dagegen wenden nur 14,3 % der 16-20jährigen, 12,3 % der 21-30jährigen und 22,1 % der 31-50jährigen eine "harte" Methode an.

Abb. 7 zeigt, daß die, wie bereits oben beschrieben, mit besonderer Entschiedenheit vorgehenden Gruppen der 51-66jährigen und der über 75jährigen einen sehr hohen Anteil ernsthafter suizidaler Handlungen haben. Insgesamt läßt sich aus Abb. 7 die Tendenz einer Zunahme der ernsthaften Suizidversuche mit zunehmendem Lebensalter feststellen. Diese Tendenz wird auch von BÖCKER in seiner Kölner Studie bestätigt (BÖCKER, 1973). Nur die 66-75jährigen lassen sich in diesen Trend nicht mit einbeziehen. In dieser Altersgruppe fällt der Anteil der ernsthaften Suizidversuche wieder auf 25 % zurück.

Die suizidalen Handlungen mit vorwiegend demonstrativem Charakter verhalten sich im großen Ganzen gegenläufig. Zwischen dem Lebensalter und der Häufigkeit von Kurzschlußhandlungen ergibt sich in dieser Untersuchung ebenfalls ein statistisch signifikanter Zusammenhang. Wie Abb. 8 zeigt, läßt sich jedoch kein bestimmter Trend feststellen. Am häufigsten kamen

suizidale Kurzschlußhandlungen zwischen 16 und 20 Jahren vor. Ihr Anteil beträgt in diesem Altersabschnitt 52,9 %.

Depressive Zustände spielen bis zum 20. Lebensjahr eine untergeordnete Rolle. Danach gewinnen sie mit zunehmendem Alter an Bedeutung. Bei älteren Menschen scheinen sie ein wichtiger Faktor im Suizidgeschehen zu sein (s. Abb. 9).

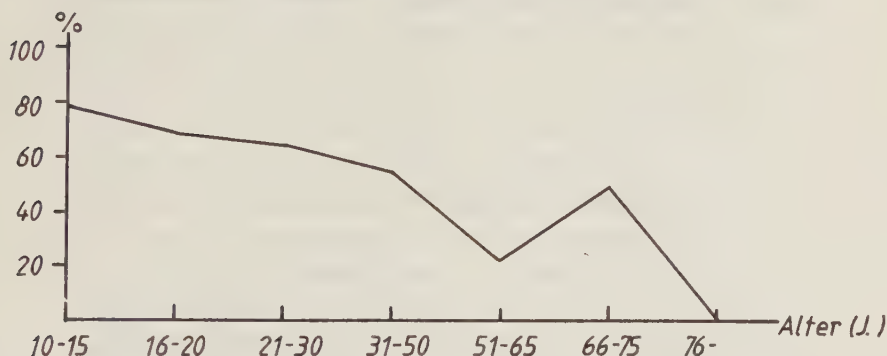


Abb. 10: Prozentualer Anteil des Motivs "häusliche Schwierigkeiten" in den einzelnen Altersgruppen

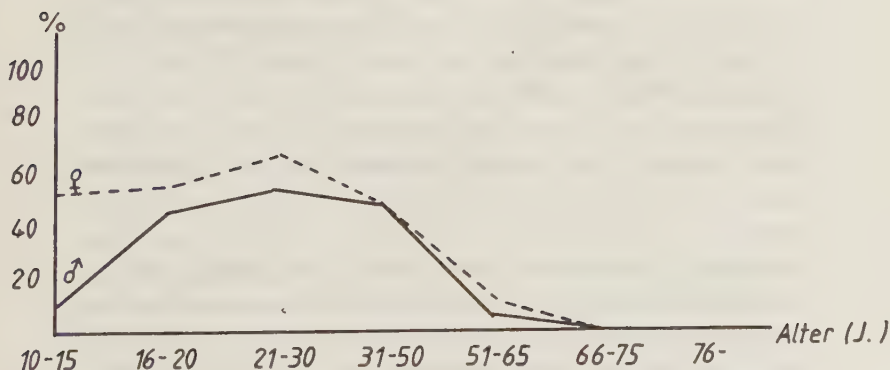


Abb. 11: Prozentualer Anteil des Motivs "Liebeskonflikt" in den einzelnen Altersgruppen ($p < 0,1$ %) (Frauen nach Unterlagen von PISTOR, G.)

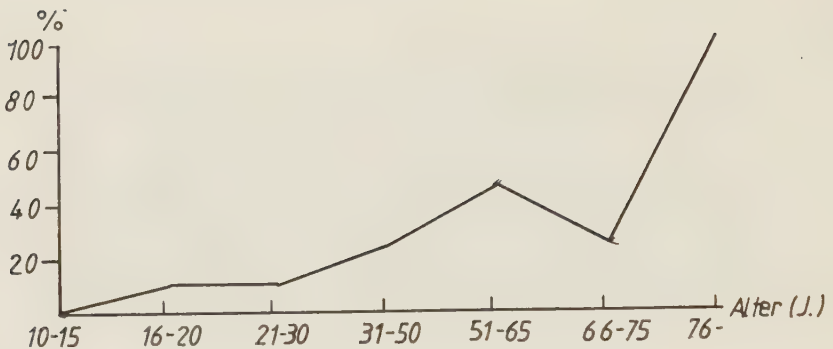


Abb. 12: Prozentualer Anteil des Motivs "Krankheit" in den einzelnen Altersgruppen ($p < 0,1 \%$)

Es ist anzunehmen, daß auch die Motivation zur suicidalen Handlung altersabhängige Unterschiede aufweist. Daraufhin untersucht wurden folgende drei Motive: Häusliche Schwierigkeiten, Liebeskonflikt und Erkrankung. Sie kamen, wie in Tab. 13 bereits erörtert, am häufigsten vor. Häusliche Schwierigkeiten traten in jüngeren Jahren als Motiv oft auf (s. Abb. 10). Bis zum 65. Lebensjahr sank ihre Häufigkeit auf 23,1 % ab. Zwischen 66 und 75 gewinnen sie wieder an Bedeutung, nach dem 76. Lebensjahr kam das Motiv "häusliche Schwierigkeiten" nicht mehr vor.

Das Motiv "Liebeskonflikt" spielt bei Männern zwischen dem 16. und dem 50. Lebensjahr eine große Rolle; wie Abb. 11 zeigt, hatten 43,5 % der 16-20jährigen, 51,2 % der 21-30jährigen und 45,2 % der 31-50jährigen diesen Beweggrund für ihren Suizid bzw.

Suizidversuch. Beim Vergleich mit den Ergebnissen von PISTOR, G. ergeben sich nur in den jüngeren Altersstufen deutliche Unterschiede. Die Frauen scheinen bis etwa zum 30. Lebensjahr durch einen Konflikt mit dem Liebespartner wesentlich mehr belastet zu werden als die Männer.

Das Motiv "Krankheit" tritt erst mit zunehmendem Lebensalter häufiger in Erscheinung. Aus Abb. 12 geht hervor, daß das Kranksein vor allem von den 51-65jährigen und noch mehr von den über 75jährigen als eine unerträgliche Belastung empfunden wurde. Für 46,4 % der 51-65jährigen und alle über 75jährigen war es der Anstoß zu ihrer Tat.

Besondere Abhängigkeiten vom Familienstand

Suizidale Handlungen sind in den einzelnen Familienstandsgruppen verschieden häufig (s. Tab. 4). Geschiedene und Verwitwete neigen in besonderem Maße zu dieser Form der Konfliktlösung. Bei den Ledigen und vor allem bei den Verheirateten sind suizidale Handlungen wesentlich seltener. Zwischen Familienstand und Verlauf ergibt sich in dieser Untersuchung eine sichere Korrelation. Wie Tab. 20 zeigt, wird ein auffallender Trend sichtbar: Die meisten Selbstmorde kommen bei den Geschiedenen und den in Scheidung Lebenden vor. Diese Reihenfolge wird fortgesetzt von den Verwitweten und dann den Verheirateten. Die Ledigen weisen den geringsten Anteil an vollendeten Suiziden auf. Anders verhält es sich bei den Frauen, wie den Ergebnissen von PISTOR, G. zu entnehmen ist. Die größte Sterblichkeit haben die in Scheidung lebenden Frauen,

gefolgt von den Verwitweten und danach erst den Geschiedenen. Ebenso wie die ledigen Männer scheinen auch die ledigen Frauen das geringste Risiko aufzuweisen, bei ihrem Suizidversuch ad exitum zu kommen. Hier ist allerdings einzuschränken, daß in der Gruppe der Ledigen die Jüngeren überwiegen, die, wie im Kapitel "Abhängigkeiten vom Lebensalter" bereits beschrieben, einen kleineren Anteil an gelungenen Suiziden aufweisen.

	Männer	Frauen
Ledige	13,5	3,1
Verheiratete	21,1	7,4
Verwitwete	30,8	17,9
Geschiedene	42,9	12,0
in Scheidung Lebende	40,0	22,2

Tab. 20: Prozentualer Anteil an geglückten Suiziden in den einzelnen Familienstandsgruppen ($p < 1 \%$) (Frauen nach Unterlagen von PISTOR, G.)

Wenngleich zwischen der Wahl der Methode und dem Familienstand keine statistisch relevante Aussage möglich ist, so ist doch auffällig, daß die Angehörigen der einzelnen Familienstandsgruppen in unterschiedlichem Maße zu harten Suizidmethoden greifen: Vor allem die Verwitweten scheinen häufig mit besonderer Entschiedenheit vorzugehen (s. Tab. 21).

Ledige	22,6
Verheiratete	24,2
Verwitwete	33,3
Geschiedene	20,0
in Scheidung Lebende	10,0

Tab. 21: Prozentualer Anteil an harten Methoden
in den einzelnen Familienstandsgruppen
($p < 90 \%$)

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Ernsthaftigkeit, mit der der Suizidversuch ausgeführt wurde und dem Familienstand konnte nicht ermittelt werden, wenn die folgenden Ergebnisse auch interessante Tendenzen sichtbar werden lassen.

	ernsthaft demonstrativ Kurzschluß		
Ledige	23,4	38,3	38,3
Verheiratete	39,1	30,4	30,5
Verwitwete	62,5	12,5	25,0
Geschiedene	33,3	33,3	33,3
in Scheidung Lebende	42,9	-	57,7

Tab. 22: Prozentualer Anteil an ernsthaften, demonstrativen und Kurzschlußhandlungen in den einzelnen Familienstandsgruppen ($p < 30 \%$)

Die Ledigen hatten mit 23,4 % den geringsten Anteil an ernsthaften, mit 38,3 % den größten Anteil an demonstrativen suizidalen Handlungen. Kurzschlußreaktionen waren bei ihnen mit 38,3 % ebenfalls relativ häufig.

Die Verheirateten begingen erheblich mehr ernsthafte Selbstmordversuche als die Ledigen (39,1 %). Demonstrative und Kurzschlußhandlungen kamen dagegen seltener vor. Die meisten ernsthaften Selbstmordhandlungen wiesen die Verwitweten auf (62,5 %). Zu diesem Ergebnis kommt auch BÖCKER. Demonstrativen Charakter hatten dagegen nur 12,5 % der Fälle. Auch Kurzschlußreaktionen spielten bei ihnen mit 25,0 % eine kleinere Rolle als in den übrigen Familienstandsgruppen.

Während bei den Geschiedenen ernsthafte, demonstrative und Kurzschlußhandlungen in gleicher Anzahl vorkamen, fällt bei den in Scheidung Lebenden eine Häufung von Kurzschlußhandlungen auf. Suizidversuche mit demonstrativem Charakter waren bei ihnen dagegen nicht zu verzeichnen.

Ledige	37,0
Verheiratete	45,6
Verwitwete	84,6
Geschiedene	40,0
in Scheidung Lebende	50,0

Tab. 23: Prozentualer Anteil an depressiven Verstimmungen in den einzelnen Familienstandsgruppen ($p < 5 \%$)

Zwischen der Häufigkeit depressiver Verstimmungen und dem Familienstand besteht eine statistisch signifikante Abhängigkeit. Tab. 23 zeigt, daß die Verwitweten vor ihrer Tat besonders oft unter Depressionen leiden. Weit seltener sind depressive Ver-

stimmungen bei den in Scheidung Lebenden, den Verheirateten und den Geschiedenen, die geringste Rolle spielen sie bei den Ledigen. Überlagert werden diese Ergebnisse allerdings unter Umständen davon, daß depressive Zustandsbilder, wie schon behandelt, mit dem Alter insgesamt eine zunehmende Bedeutung im Suizidgeschehen einnehmen.

Die Lebensumstände des Einzelnen werden weitgehend von seinem Familienstand mitbestimmt. Bei Schwierigkeiten mit der Umgebung ändert sich mit den jeweiligen Bezugspersonen meist auch das Konfliktfeld. So spielen bei den Ledigen Störungen im Verhältnis zu den Eltern die größte Rolle. Erst an zweiter Stelle stehen die Konflikte mit der Freundin; erstaunlicherweise bestehen ebenso häufig Zerwürfnisse mit der gesamten Umgebung.

Für die Verheirateten sind die Schwierigkeiten mit der engsten Bezugsperson, dem Ehepartner, von überragender Bedeutung, Schwierigkeiten mit der übrigen Umwelt treten dagegen in den Hintergrund.

Anders verhält es sich mit den Verwitweten: Nach dem Verlust der Ehefrau scheinen Störungen im Verhältnis zur gesamten übrigen Umgebung wieder häufiger aufzutreten bzw. belastender empfunden zu werden.

Für die Geschiedenen und in Scheidung Lebenden stehen die Konflikte mit dem ehemaligen Ehepartner im Vordergrund (s. Tab. 24).

	Eltern	Ehefrau	Freundin	ges.Umgebung
Ledige	37,1	-	31,5	31,5
Verheiratete	-	79,2	4,2	16,7
Verwitwete	-	-	40,0	60,0
Geschiedene	-	50,0	16,7	33,3
in Scheidung				
Lebende	-	100,0	-	-

Tab. 24: Gestörtes Verhältnis zur Umwelt. Prozentuale Verteilung der Konfliktpersonen in den einzelnen Familienstandsgruppen ($p < 0,1 \%$)

Besondere Abhängigkeiten vom Alkohol

Dem Alkohol als dem in unseren Breiten bevorzugten Rauschmittel kommt im Suizidgeschehen eine nicht geringe Bedeutung zu. Dabei muß unterschieden werden zwischen suizidalen Handlungen von Alkoholikern und solchen, die unter Alkoholeinfluß zustande kamen. Was die letzteren anbelangt, so führt Alkoholgefluß wohl häufig zu einer gewissen Enthemmung, die unbedachte Handlungen begünstigt. Er beeinflußt die Gemütslage unter Umständen in unberechenbarer Weise, verstärkt eventuell eine bereits bestehende melancholische Grundstimmung. Andererseits greift sicher mancher in seinem Entschluß noch schwankender Lebensmüder zur Flasche, um sich den Mut anzutrinken, den er benötigt, damit er sein Vorhaben ausführen kann. Der Alkoholiker erfährt im allgemeinen mit dem Fortschreiten seiner Krankheit einen sozialen Abstieg, der sowohl den beruflichen Bereich als auch, was noch schwerer wiegen dürfte, den zwischenmenschlichen Bereich erfaßt. Ein solches, durch die Folgen der Sucht sinnlos gewordenes Leben erscheint dann wohl manchem Alkoholiker unerträglich. Ein zweiter Gesichtspunkt ergibt sich aus der von MENNINGER aufgestellten These von der Sucht als einem "autodestruktivem Prozeß, durch den eine wirksamere Form der Selbstzerstörung umgangen wird".^{+) "Auf jeden Fall", so FEUERLEIN, "haben Sucht und Suizidalität gemeinsame Tendenzen. Für beide gelten die von RINGEL aufgestellten Charakteristika des präsuizidalen Syndroms: Flucht in die Irrealität, emotionale Einengung und Wendung der Aggression gegen sich selbst".^{+) "}}

⁺⁾ Auf dem Deutschen Kongreß für ärztliche Fortbildung, Berlin, 1974: Verdrängtes Leiden Suizidalität

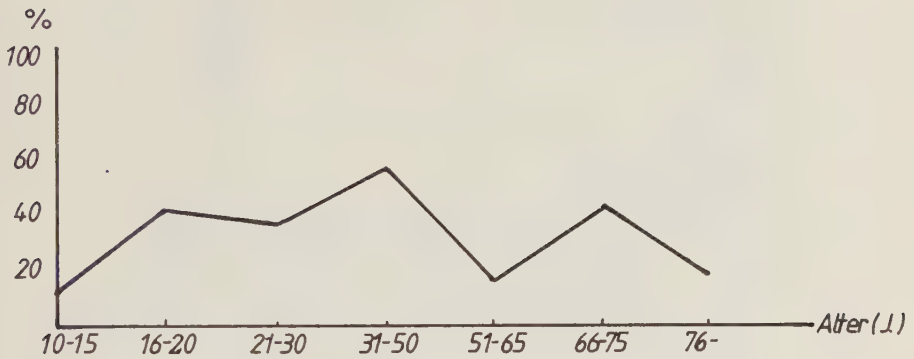


Abb. 13: Prozentualer Anteil der unter Alkohol begangenen suizidalen Handlungen in den einzelnen Altersgruppen. ($p < 1 \%$)

	ernsthaft demonstrativ Kurzschluß		
unter Alkohol	27,3	36,4	36,4
ohne Alkohol	40,3	24,2	35,5

Tab. 25: Prozentualer Anteil an ernsthaften, demonstrativen und Kurzschlußhandlungen unter bzw. ohne Alkoholeinfluß ($p < 50 \%$)

freie Berufe	28,6
Nicht-Selbständige	51,0
Rentner	29,4
Studenten	22,2
Schüler	30,0
Stellungslose	55,5

Tab. 26: Prozentualer Anteil der unter Alkoholeinfluß ausgeführten suizidalen Handlungen in den einzelnen Berufsgruppen (p < 30 %)

Ledige	36,2
Verheiratete	46,1
Verwitwete	44,4
Geschiedene	58,3
in Scheidung Lebende	42,9

Tab. 27: Prozentualer Anteil der unter Alkoholeinfluß ausgeführten suizidalen Handlungen in den einzelnen Familienstandsgruppen (p < 70 %)

32,5 % der Suizidenten standen unter Alkoholeinfluß. Auffallend ist, daß die Angehörigen der einzelnen Altersgruppen dabei sehr unterschiedlich repräsentiert sind. Wie Abb. 13 zeigt, greifen die 31-50jährigen vor der Tat besonders häufig zur Flasche (58,2 %), zwischen 51 und 65 Jahren und bei den über 76jährigen geschieht dies dagegen mit 17,4 % und 20 % weitaus seltener.

Die unter Alkoholeinfluß ausgeführten suizidalen Handlungen weisen gegenüber den übrigen eine bemerkenswerten Unterschiede auf:

Die Sterblichkeit ist bei ihnen signifikant geringer als bei den übrigen Selbstmordhandlungen: Von sämtlichen 74 Personen, die vor ihrem Suizidversuch Alkohol zu sich genommen hatten, verstarben nur 9 (12,2 %), von denjenigen 100 Personen, die nachweislich keinen Alkohol zu sich genommen hatten, dagegen 27 (27 %). $p < 5$

Weiterhin ist auffällig, daß der Alkohol ein entschiedeneres Vorgehen zu hemmen scheint. Harte Methoden wurden mit 12,3 % signifikant seltener angewandt als in nüchternem Zustand (31,7 %).

Ob unter Alkoholeinfluß nicht-ernstgemeinte Suizidversuche häufiger sind, konnte nicht statistisch signifikant nachgewiesen werden, wenn sich dieser Trend auch in Tab. 25 abzeichnet. Die in nüchternem Zustand durchgeführten Selbstmordhandlungen hatten häufiger ernsthaften und seltener demonstrativen Charakter als diejenigen, die in alkoholisiertem Zustand durchgeführt wurden.

Der Anteil derjenigen, die sich nach Alkoholgenuß suizidierten bzw. zu suizidieren versuchten, ist in den einzelnen Berufsgruppen ebenso wie in den Familienstandsgruppen unterschiedlich. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang konnte jedoch nicht nachgewiesen werden (s. Tab. 26 und Tab. 27).

Aus Tab. 26 ist zu ersehen, daß die Stellungslosen mit 55,5 % und die Nicht-Selbständigen mit 51,0 % besonders oft während ihres Suizidversuches unter Alkoholeinfluß standen. Was die Familienstandsgruppen

angeht, so waren die Ledigen mit 36,2 % verhältnismäßig selten, die Geschiedenen mit 58,3 % dagegen sehr häufig in alkoholisiertem Zustand, als die suizidale Handlung ausgeführt wurde (s. Tab. 27).

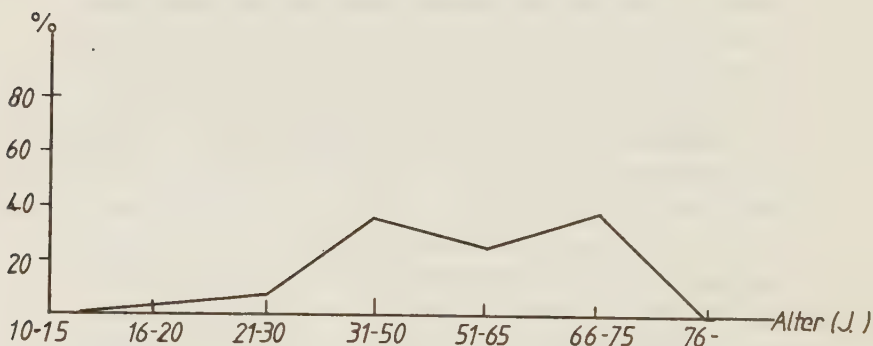


Abb. 14: Prozentualer Anteil an Alkoholikern in den einzelnen Altersgruppen ($p < 5 \%$)

Ledige	10,3
Verheiratete	26,3
Verwitwete	44,4
Geschiedene	60,0
in Scheidung Lebende	14,3

Tab. 28: Prozentualer Anteil an Alkoholikern in den einzelnen Familienstandsgruppen ($p < 2,5 \%$)

"Viele Statistiken belegen, daß Selbstmordhandlungen bei Süchtigen wesentlich häufiger sind als bei der Normalbevölkerung. Dies gilt besonders für Alkoholiker, wie in zahlreichen Arbeiten dargestellt wurde.

So schreibt RUSHING, 1968,⁴⁾ daß die Zahl der Suizidversuche unter Alkoholikern zwischen 13 und 46 % liegt.

Es wird geschätzt, daß 7 - 21 % der Alkoholiker durch Selbstmord enden. Nach einer Sammelstatistik von WIESER ist die Suizidalität bei chronischen Alkoholikern 12 - 75 mal höher als bei der Gesamtbevölkerung. Nach der Leberzirrhose ist der Selbstmord die zweithäufigste Todesursache der Alkoholiker " (FEUERLEIN, 1975).

17,1 % der erfaßten Suizidenten in diesem Untersuchungsgut waren Alkoholiker. Innerhalb der einzelnen Altersstufen waren sie sehr unterschiedlich vertreten. Wie Abb. 14 zeigt, gab es bis zum 30. Lebensjahr kaum, nach dem 76. Lebensjahr überhaupt keine Alkoholsüchtigen. Bedeutung scheint dem Alkoholabusus hauptsächlich zwischen 31 und 75 Jahren zuzukommen. Die 31-50jährigen hatten 35,1 %, die 51-65jährigen 25 % und die 66-75jährigen sogar 37,5 % der Alkoholiker in ihren Reihen.

Die Untersuchung über die Abhängigkeit zwischen Alkoholabusus und Familienstand brachte besonders auffällige Ergebnisse (Tab. 28). Über die Hälfte der Geschiedenen (60,0 %) und fast die Hälfte der Verwitweten (44,4 %) waren Alkoholiker. Ob jedoch geschiedene und verwitwete Alkoholiker besonders suizidgefährdet sind, oder ob besonders viele Geschiedene und Verwitwete alkoholsüchtig sind, oder ob sich diese beiden Phänomene überschneiden, kann hier nicht geklärt werden.

Aus diesen Ergebnissen geht deutlich hervor, daß den Alkoholabhängigen noch weit mehr Beachtung und Hilfe als bisher zukommen muß, um die große suizidale Gefährdung gerade dieser Gruppe zu mindern.

⁴⁾ nach FEUERLEIN, 1975

ZUSAMMENFASSUNG

Einige wesentliche Ergebnisse dieser anhand von 228 von Männern ausgeführten suizidalen Handlungen sollen hier noch einmal kurz erwähnt werden.

1. Suizidale Handlungen kommen zwischen dem 16. und dem 50. Lebensjahr sehr viel häufiger vor als zwischen dem 51. und 75. Lebensjahr. Nach 75 steigt ihre Häufigkeit wieder stark an.
2. Das Verhältnis Suizid : Suizidversuch verschiebt sich mit zunehmendem Alter zugunsten des Suizids. Einzige Ausnahme bildet die Gruppe der 66-75jährigen.
3. Verwitwete und Geschiedene sind besonders gefährdet: Sie begehen mehr suizidale Handlungen als die übrigen Familienstandsgruppen, die darüberhinaus häufiger einen tödlichen Ausgang nehmen.
4. Zwischen Berufszugehörigkeit und Häufigkeit suizidaler Handlungen besteht kein statistisch signifikanter Zusammenhang.
5. Zwischen Religionszugehörigkeit und der Häufigkeit suizidaler Handlungen besteht kein statistisch signifikanter Zusammenhang.
6. Die häufigsten Motive sind Schwierigkeiten mit der häuslichen Umgebung und mit dem Lebenspartner.
7. Die häufigste Methode ist das Vergiften. Mit dem Alter nimmt der Anteil der harten Methoden zu. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der 66-75jährigen.

8. Ernsthafte, demonstrative und Kurzschlußhandlungen kommen annähernd gleich oft vor. Die ernsthaften werden mit dem Alter häufiger, die demonstrativen seltener. Aus diesem Rahmen fällt die Gruppe der 66-75jährigen.

9. Suizidale Handlungen kommen am häufigsten im Herbst, in den Abendstunden und an Dienstagen und Donnerstagen vor.

10. Relativ viele Suizidversuche werden unter Alkoholeinfluß ausgeführt. Sie führen seltener zum Tode als die übrigen suizidalen Handlungen.

11. Unter den Suizidenten sind relativ viele Alkoholiker. Ihr Alter liegt hauptsächlich zwischen 31 und 75 Jahren, sie sind oft geschieden oder verwitwet.

SCHLUSSWORT

Seit man den Krankheitscharakter suizidaler Handlungen anerkennt, kommt dem Arzt in der Suizidprophylaxe eine hervorragende Stellung zu. Erwähnenswert sei hier eine bemerkenswerte Untersuchung von RINGEL aus dem Jahre 1961, in der er feststellte, daß von 50 Selbstmördern, deren Lebensgeschichte rekonstruiert wurde, nicht weniger als 27 in den letzten Monaten vor ihrem Suizid, ja größtenteils sogar unmittelbar vor diesem in ärztlicher Behandlung waren. Mit den von RINGEL beschriebenen Merkmalen des präsuizidalen Syndroms, den von KIELHOLZ, STENGEL und RINGEL aufgestellten Kriterien besonderer Suizidgefährdung sind dem behandelnden Arzt Mittel in die Hand gegeben, gefährdete Patienten, die sich mit Suizidgedanken tragen, zu erfassen. Wichtig für eine wirksame Hilfe ist in erster Linie ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis. An dieser Stelle sei an die Rolle des Hausarztes erinnert, der, da er seine Patienten oft über einen langen Zeitraum hinweg betreut, meist besondere Möglichkeiten der Einflußnahme hat.

Wesentlich schwieriger als die Selbstmordgefährdung eines Menschen nur zu erfassen, ist es natürlich, Ansatzpunkte für eine wirksame Hilfe zu finden. Die Schwierigkeit liegt eben besonders darin, daß dem Hausarzt meist die eigentlich unbedingt erforderliche Zeit fehlt, sich eingehender mit den Problemen dieser verzweifelten und am Rande der Dekompensation stehenden Personen auseinanderzusetzen und die suizidauslösenden Ursachen zu beseitigen. Außerdem besitzt der Arzt nicht in allen Fällen die Möglichkeit, auf die eventuell aus-

lösenden Umgebungsfaktoren entscheidend Einfluß zu nehmen, da es leider auch entgegenwirkende Einflußsphären gibt, deren Einsicht und notwendiges Interesse für den anders gearteten Mitmenschen nicht gegeben ist. Dies trifft wohl besonders in einer anonymen Umgebung zu. Hier ist eine Beeinflussung der Umgebung selten möglich; es gibt nur den Versuch einer Integrierung durch persönlichkeitsumstellende Maßnahmen des gefährdeten Menschen, oder man muß diesen aus der Umgebung herauszulösen und ihm durch eine neue Umwelt ein Gefühl der Geborgenheit zu vermitteln suchen.

Doch auch dann wird eine völlige Heilung und Stabilisierung nicht immer möglich sein, da diese Art der Dekompensation, welche zur autodestruktiven Handlungsweise führt, auch Folge einer krankhaft veränderten Persönlichkeitsstruktur sein kann, so daß überschießende Reaktionen durch solche nicht immer einfühlbare Ursachen ausgelöst werden, die für den Mitmenschen einmal keine ernsthafte Belastung bedeuten und zum anderen auch an einer natürlichen Grenze Halt machen, vor der Aggression gegen das eigene Leben.

Die Verpflichtung zur Suizidprophylaxe beschränkt sich jedoch nicht auf den Arzt. Da der Suizid, wie auch diese Untersuchung zeigt, von den äußeren Lebensumständen mitbestimmt wird, ist seine Verhinderung eine Aufgabe, die sich der gesamten Gesellschaft stellt. "Mit Recht hat STENGEL darauf hingewiesen, daß die Höhe der Selbstmordrate in einem Lande einen zuverlässigen Indikator für die Qualität seiner psychohygienischen Atmosphäre darstellt" (RINGEL, 1972). Daß in dieser Hinsicht vieles unternommen werden kann, was vielleicht auf den ersten Blick

nicht immer als Suizidprophylaxe erkannt wird, sei anhand von Beispielen kurz aufgezählt:

1. Einrichtungen in der Art von "Telefon-Seelsorge-Stellen", die, 24 Std. erreichbar, vor allem in akuten Krisensituationen auch anonym Hilfestellung leisten.
2. Intensives Bemühen um besonders gefährdete Randgruppen, z.B. die alten Menschen, die Jugendlichen, die aus ungünstigen häuslichen Verhältnissen kommen, die Suchtkranken, die psychisch Kranken.
3. Errichtung von Beratungsstellen, die in Konfliktsituationen aufgesucht werden können, z.B. Ehe- und Sexualberatungsstellen, Erziehungsberatungsstellen.

Schließlich seien noch einige Anmerkungen gemacht, die sich konkret auf diese Untersuchung beziehen: Wesentlich erschwert wurde die Arbeit dadurch, daß die untersuchten Krankenblätter oft sehr spärliche Daten enthielten. Im Hinblick auf künftige in dieser Art durchgeführte Untersuchungen könnte vielleicht der Vorschlag von Nutzen sein, bei jedem Suizidenten einen gründlich ausgearbeiteten, genormten Fragebogen auszufüllen, der Angaben über die gegenwärtige psychische, physische und soziale Situation des Betreffenden und über seinen bisherigen Lebenslauf enthält. Auf diese Weise könnte man unter Umständen zu Ergebnissen gelangen, die ein breiteres Spektrum der psychischen Situation und der äußeren Lebensumstände von Suizidenten beleuchten.

LITERATURVERZEICHNIS

- Berner, P.; Sonneck, G.: Psychotische Suizidhandlungen
Münch. Med. Wschr. 6, 117. Jg. (1975)
S. 193 - 195
- Böcker, F.: Suizide und Suizidversuche in der Großstadt,
dargestellt am Beispiel der Stadt Köln.
Georg Thieme Verlag Stuttgart (1973)
- Böcker, F.; Bartels, C.: Der Patient nach einem Suizidversuch
Fortschr. Med. 18, 93. Jg. (1975) S. 929 - 932
- Faust, V.: Suizid: vom Wetter mitbestimmt
Selekta 40 (1973) S. 3634 - 3635
- Feuerlein, W.: Selbstmord und Selbstmordversuch
Med. Klin. 68 (1973) S. 1717 - 1721
- Sucht und Suizidhandlungen
Münch. Med. Wschr. 6 (1975) S. 197 - 200
- Fischer, H.: Selbstmord und Selbstmordversuch
Med. Klin. 68 (1973) S. 1711 - 1716
- Grünberg, F.: Akute und chronische Suizidalität
Zeitschrift Ärztliche Praxis 26 (1975)
- Möllhoff, G.: Suizid in sozialmedizinischer und rechtlicher Sicht
Med. Welt 42 (1972) S. 1508 - 1512

Pistor, G.: Selbstmord und Selbstmordversuch im Raume
Mainz und seiner näheren Umgebung in den
Jahren 1970 und 1971
Epidemiologische und deskriptive Aspekte
bei 372 Frauen

Pöldinger, W.: Die Abschätzung der Suizidalität
Huher Bern (1968)

Ringel, E.: Möglichkeiten der ärztlichen Selbstmord-
verhütung
Zeitschrift für Allgemeinmedizin. Der Land-
arzt 15 (1972) S. 727 - 736

Der gegenwärtige Stand der Selbstmordprophylaxe
Deutsches Ärzteblatt 22 (1972) S. 1411 - 1418

Schulte, W.; Tölle, R.: Psychatrie
Springer Verlag (1971)

Siegmund, G.: Selbstmordgefährdung alter Menschen
Geriatric 5,1 (1975) S. 8 - 12

Stengel, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch
Fischer Verlag Frankfurt/Main (1969)

Werner, W.: Selbstmordversuch und psychische Krankheit
Fortschr. Med. 4, 91. Jg. (1973) S. 159 - 160

Statistisches Jahrbuch von Rheinland Pfalz
1971, Gemeindeblatt der Volkszählung Mainz
1970 Blatt 1 bis 4. Statistisches Landesamt
Bad Ems - Wohnbevölkerung Stadtkreis Mainz
am 31. 12. 1971

Verdrängtes Leiden Suizidalität.

Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung,
Berlin, 1974. Selekt 2 (1975) S. 193 - 198

Lebenslauf

Am 3.5. 1945 wurde ich in Oberaula als Sohn des praktischen Arztes Dr. Helmut Pistor und seiner Ehefrau Karin, geb. Lotz, geboren.

Vier Jahre lang besuchte ich die Volksschule in Oberaula, anschließend ging ich auf das humanistische Gymnasium in Bad Hersfeld. Am 24.2. 1966 bestand ich dort das Abitur.

Im Sommersemester 1966 begann ich an der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz das Medizinstudium. Nach der am 10.4. 1967 bestandenen naturwissenschaftlichen Vorprüfung und der ärztlichen Vorprüfung am 26.9. 1969 studierte ich weiterhin in Mainz und beendete auch dort am 31.7. 1973 das ärztliche Staatsexamen mit dem Urteil "gut".

Anschließend machte ich meine Medizinalassistentenzeit in der Chirurgie, Inneren Medizin und in einer allgemeinmedizinischen Praxis.

1973 heiratete ich meine Frau Margarete, geb. Schmid, die 1974 ebenfalls an der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz die ärztliche Prüfung bestand. Nach Erhalt der Approbation als Arzt leistete ich als Truppenarzt bei der Bundeswehr in Schwarzenborn meinen Grundwehrdienst von 15 Monaten ab.

Oberaula, den 15. Dezember 1975

